

BỘ Y TẾ  
BỆNH VIỆN ....  
Khoa:.....Giường:.....

**BỆNH ÁN MẮT** Số lưu trữ:.....  
(Lác, sụp mí) Mã YT..... /210/20.....

### I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:..... 2. Ngày sinh       Tuổi    
3. Giới: ☐ Nam ☐ Nữ 4. Nghề nghiệp: .....    
5. Dân tộc:.....   6. Ngoại kiều:.....    
7. Địa chỉ: Số nhà ..... Thôn, phố ..... Xã, phường .....  
Huyện (Quận, thị xã) .....   Tỉnh (thành phố).....    
8. Nơi làm việc: ..... 9. Đối tượng: 1.BHYT ☐ 2.Thu phí ☐ 3.Miễn ☐ 4.Khác ☐  
10.BHYT giá trị đến ngày..... tháng ..... năm 20..... Số thẻ BHYT: .....  
11. Họ tên, địa chỉ người nhà khi cần báo tin: .....  
..... Số điện thoại liên lạc: .....

### II. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH

12. Vào viện ..... giờ..... phút ngày ..... / ..... /..... 13. Trực tiếp vào: 1.Cấp cứu <input type="checkbox"/> 2.KKB <input type="checkbox"/> 3.Khoa điều trị <input type="checkbox"/>	14. Nơi giới thiệu: 1. Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> 2.Tự đến <input type="checkbox"/> 3.Khác <input type="checkbox"/> - Vào viện do bệnh này lần thứ mấy <input type="text"/>
15. Vào khoa <input type="text"/> Khoa <input type="text"/> ng / th / năm Số ngày ĐT <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Chuyển viện: 1. Tuyến trên <input type="checkbox"/> 2. Tuyến dưới <input type="checkbox"/> 3. CK <input type="checkbox"/> - Chuyển đến .....
16. Chuyển <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> khoa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Giờ.....phút...../...../..... <input type="text"/> <input type="text"/>	18. Ra viện.....giờ.....ngày...../...../..... 1. Ra viện <input type="checkbox"/> 2. Xin về <input type="checkbox"/> 3. Bỏ về <input type="checkbox"/> 4. Đưa về <input type="checkbox"/> 19. Tổng số ngày điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### III. CHẨN ĐOÁN

MÃ

MÃ

20. Nơi chuyển đến..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 21. KKB, Cấp cứu..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 22. Khi vào khoa điều trị..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - Tai biến: <input type="checkbox"/> - Biến chứng: <input type="checkbox"/> 1. Do phẫu thuật <input type="checkbox"/> 2. Do gây mê <input type="checkbox"/> 3. Do nhiễm khuẩn <input type="checkbox"/> 4. Khác <input type="checkbox"/> 23. Tổng số ngày điều trị sau phẫu thuật:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 24. Tổng số lần phẫu thuật: ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	25. Ra viện + Bệnh chính: (tổn thương) ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (nguyên nhân)..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Bệnh kèm theo..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán trước phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> + Chẩn đoán sau phẫu thuật..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

### III. TÌNH TRẠNG RA VIỆN

26. Kết quả điều trị 1. Khỏi <input type="checkbox"/> 4. Nặng hơn <input type="checkbox"/> 2. Đỡ, giảm <input type="checkbox"/> 5. Tử vong <input type="checkbox"/> 3. Không thay đổi <input type="checkbox"/> 27. Giải phẫu bệnh (khi có sinh thiết) 1. Lành tính <input type="checkbox"/> 2. Nghi ngờ <input type="checkbox"/> 3. ác tính <input type="checkbox"/>	28. Tình hình tử vong: .....giờ.....phút Ngày.....tháng.....năm..... 1. Do bệnh <input type="checkbox"/> 2. Do tai biến điều trị <input type="checkbox"/> 3. Khác <input type="checkbox"/> 1. Trong 24 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 2. trong 48 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 3. Trong 72 giờ vào viện <input type="checkbox"/> 29. Nguyên nhân chính tử vong..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 30. Khám nghiệm tử thi <input type="checkbox"/> 31. Chẩn đoán giải phẫu tử thi: ..... ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám đốc bệnh viện

Trưởng khoa

Họ và tên .....

Họ và tên .....

## A. BỆNH ÁN

I. Lý do vào viện      Lác   ☐      Sụp mí   ☐      Khác   ☐

## II. Hỏi bệnh

### 1. Quá trình bệnh lý

- Nguyên nhân : Bẩm sinh   ☐  
Mắc phải   ☐      Từ bao giờ.....

- Triệu chứng chính : Lác trong   ☐      Lác ngoài   ☐      Lác chéo   ☐  
Sụp mí   ☐      Rung giật nhãn cầu   ☐      Khác   ☐

.....  
- Đã điều trị: Tập nhược thị   ☐      Phương pháp .....  
Kết quả: Tốt   ☐      Trung bình   ☐      Kém   ☐  
Phẫu thuật   ☐      Phương pháp .....  
Kết quả: Tốt   ☐      Mổ non   ☐ ..... Mổ già   ☐ .....

### 2. Tiền sử bệnh

- Bản thân: Bình thường   ☐      Bệnh lý   ☐ .....  
- Gia đình: Không   ☐      Có   ☐ .....

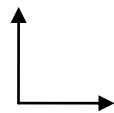
## III. Khám bệnh

### 1. Bệnh chuyên khoa:

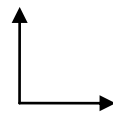
- Thị lực vào viện: Không kính: MP: ..... MT.....  
Có kính: MP.....MT.....

- Khúc xạ máy : Trước Atropine : MP.....MT.....  
Sau Atropine: MP.....MT.....

- Soi bóng đồng tử :  
Sau Atropine:



MP

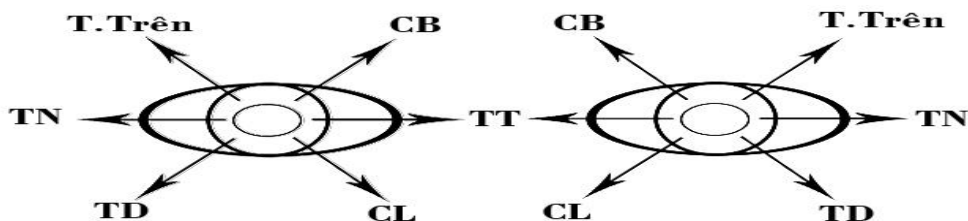


MT

- Vận nhãn ngoại lai:

Gia tăng (+) (++) (+++)

Hạn chế (-) (- -) (- - -)



- Vận nhãn nội tại: MP Bình thường   ☐      Bệnh lý   ☐ .....  
MT Bình thường   ☐      Bệnh lý   ☐ .....  
- Điểm cận quy tụ: Bình thường 6- 8 cm      Bệnh lý.....  
- Rung giật nhãn cầu : Không   ☐      Có   ☐ .....

Kiểm RGNC.....

Góc hãm: Không ☐ Có ☐

- Thử nghiệm che mắt : Trả trong ra ☐ Trả ngoài vào ☐ Trả chéo ☐

- Hình thái và tính chất lác:

- Độ lác: Hirschberg: Trước atropine..... Sau atropine.....

Lăng kính: Trước atropine..... Sau atropine.....

Nhìn gần:..... Nhìn xa.....

Nhìn lên..... Nhìn xuống.....

- Hội chứng: .....

-Synoptophore : Khách quan.....Chủ quan.....

-Tình trạng thị giác hai mắt: Đồng thị ☐ Hợp thị ☐ Phù thị ☐ .....

Biên độ hợp thị:.....

-Tương ứng võng mạc: Bình thường ☐ Bất bình thường ☐

- Song thị : Không ☐ Có ☐ .....

- Tư thế bù trừ : Không ☐ Có ☐ .....

Khám mắt	Mắt phải	Mắt trái
<b>1. Mi mắt</b> - Sụp mí: mức độ - Epicanthus - Chức năng cơ nâng mí - Marcus gunn - Dấu hiệu Bell - Khác	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không .....	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý <input type="checkbox"/> Độ 1 <input type="checkbox"/> Độ 2 <input type="checkbox"/> Độ 3 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Tốt <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Kém <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không .....
<b>2. Kết mạc</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý .....	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý .....
<b>3. Phần trước nhãn cầu</b>	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý .....	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý .....
<b>4. Phần sau nhãn cầu và đáy mắt</b>  Định thị	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý .....  <input type="checkbox"/> Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm <input type="checkbox"/> Ngoại tâm	<input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> Bệnh lý .....  <input type="checkbox"/> Trung tâm <input type="checkbox"/> Cận tâm <input type="checkbox"/> Ngoại tâm

## 2. Toàn thân:

- Huyết áp.....Nhiệt độ.....Mạch.....

- Nội tiết: Bình thường ☐

Có bệnh ☐ .....

- Tâm thần, thần kinh Bình thường ☐

Có bệnh ☐ .....

- Tuần hoàn: Bình thường ☐

- |                        |             |                          |       |
|------------------------|-------------|--------------------------|-------|
|                        | Có bệnh     | <input type="checkbox"/> | ..... |
| - Hô hấp:              | Bình thường | <input type="checkbox"/> |       |
|                        | Có bệnh     | <input type="checkbox"/> | ..... |
| - Tiêu hoá:            | Bình thường | <input type="checkbox"/> |       |
|                        | Có bệnh     | <input type="checkbox"/> | ..... |
| - Cơ, xương, khớp:     | Bình thường | <input type="checkbox"/> |       |
|                        | Có bệnh     | <input type="checkbox"/> | ..... |
| - Tiết niệu, sinh dục: | Bình thường | <input type="checkbox"/> |       |
|                        | Có bệnh     | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Khác:.....             |             |                          |       |

**IV. Các xét nghiệm cần làm:** .....

**V. Chẩn đoán**

- Bệnh chính.....Mã.....
- Bệnh kèm theo.....Mã.....
- Phân biệt.....

**VI. Điều trị**

- Phương pháp chính: .....
- .....
- Chế độ ăn uống.....
- Chế độ chăm sóc.....

**VII. Tiên lượng:**.....

Ngày.....tháng.....năm 20.....

Bác sĩ làm bệnh án

Họ và tên:.....

## B. TỔNG KẾT BỆNH ÁN

### 1. Chẩn đoán bệnh chính:

+ Lâm sàng: .....

+ Nguyên nhân: .....

### 2. Quá trình điều trị:

+ Nội khoa: .....

+ Phẫu thuật: - Phẫu thuật ☐ - Thủ thuật ☐

Ngày PT	Loại phẫu thuật/ Thủ thuật	Phẫu thuật viên

+ Tình trạng người bệnh ra viện:.....

Thị lực ra viện: Không kính: MP.....MT ..... Nhãn áp ra viện: MP: ..... MT .....  
Có kính : MP .....MT.....

+ Hướng điều trị tiếp: .....

Hồ sơ, phim, ảnh		Người nhận hồ sơ:  Họ tên .....  Người giao hồ sơ:	Ngày.....tháng.....năm 20....  Bác sỹ điều trị
Loại	Số tờ		
- X- quang			
- CT Scanner			
- Siêu âm			
- Xét nghiệm			
- Khác			

- Toàn bộ hồ sơ		Họ tên.....	Họ tên .....
-----------------	--	-------------	--------------